ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 43 (111). Rocznik III. | Kraków, 1. 11. 1942 r.

Redaktor: Dr. med. Werner Kroll, Krakau, Albrechtstr. 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstr. 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Krakau, Albrechtstraße 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Krakau, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Krakau, — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Krakau, Albrechtstr. 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstr. 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ:



NOWSZE POGLĄDY NA SZKARLATYNĘ

Napisał Dr. W. Szumowski, Kraków).

(Z wykładów dokształcających)

1. Etiologia.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat nasze wiadomości o szkarlatynie uległy znacznym zmianom, głównie dzięki długotrwałym i wyczerpującym badaniom amerykańskiej pary małżonków Dicków. Dziś sprawa stoi tak, że przeważająca większość autorów zarzuciła dotychczasową teorię o zarazku przesączalnym jako przyczynie szkarlatyny i uważa, że zarazkiem wywołującym szkarlatynę jest paciorkowiec hemolizujący *(streptococcus haemolyticus).*

Obecność tego zarazka da się stwierdzić w 100 % przypadków chorych na szkarlatynę w gardle, jak też we wszelkich wydzielinach zapalnych przy powikłaniach, często we krwi i w narządach wewnętrznych. Za pomocą hodowli zarazka można eksperymentalnie wywołać szkarlatynę u człowieka.

Słabą stroną teorii streptokokowej była dotąd jednak ta okoliczność, że szkarlatyna zostawia po sobie odporność tak, że ponowne zachorowania należą do rzadkości, gdy tymczasem cechą ogólną zakażeń streptokokowych jest, że raz przebyte zakażenie usposabia do ponownych takich samych zachorowań zakaźnych.

Badania Rudolfa Abderhaldena (młodszego, Zeitschrift für Klinische Medizin 1941) wykazały, że jednak wśród paciorkowców hemolizujących paciorkowce szkarlatyny mają pewne cechy odrębne, mianowicie różnica występuje tutaj w budowie białka. Stosując metody opracowane przez Emila Abderhaldena (starszego) w jego nauce o fermentach obronnych (Abwehrfermente), Rudolf Abderhalden wykazał, że chorzy na szkarlatynę wydzielają z moczem ferment, który rozszczepia białko paciorkowców hemolizujących, wyhodowanych z gardła chorych na szkarlatynę. Ferment ten natomiast nie rozszczepia wcale lub prawie wcale białka innych paciorkowców hemolizujących. W przypadkach nieszkarlatynowych angin wydzielają się inne fermenty, mianowicie takie, które zdolne są rozszczepiać białko tylko nieszkarlatynowych paciorkowców hemolizujących. Mocz osób zupełnie zdrowych nie zawiera żadnych fermentów, które by posiadały zdolność rozszczepiania białka drobnoustrojów, jak paciorkowce hemolizujące, meningokoki, prątki grypy.

W ten sposób została opracowana metoda, która pozwala odróżnić anginę szkarlatynową od zwykłej anginy nieszkarlatynowej już na początku choroby.

Wydzielanie z moczem swoistych fermentów skierowanych przeciwko paciorkowcom szkarlatyny ustaje po upływie jednego do kilku tygodni.

Dalsze badania tego odczynu wykazały, że paciorkowiec szkarlatyny może po pewnym czasie przejść

w paciorkowca hemolizującego zwykłego, a prawdopodobnie taka przemiana może się odbywać i w kierunku odwrotnym.

Paciorkowiec szkarlatyny wytwarza toksynę, która wywołuje wysypkę na skórze i błonach śluzowych, gorączkę oraz objawy ze strony centralnego układu nerwowego. Ciężka hypertoksyczna szkarlatyna ma swoje źródło w działaniu tej toksyny. Toksyna wywołuje odporność tak, że ponowne zachorowania na szkarlatynę należą do rzadkości. Z drugiej strony ta toksyna otwiera drogę dalszemu przenikaniu paciorkowca i powikłaniom septycznym, jak angina, zapalenie ucha środkowego, zajęcie gruczołów.

W ten sposób według Thomasa (Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 1942, zeszyt czerwcowy) choroba zostawia dwojaką odporność:

a) Odporność antytoksyczną, skierowaną przeciwko toksynie, trwającą całe życie. Odporność ta sprawia, że wysypka i pierwotne objawy szkarlatyny nie powtarzają się.

b) Odporność przeciwbakteryjną, skierowaną przeciwko paciorkowcom, która trwa tylko kilka tygodni. Ona nie powstrzyma po kilku tygodniach nowej paciorkowcowej anginy, nowego zajęcia uszu, ale te nowe paciorkowce już nie będą w stanie wytwarzać toksyny szkarlatynowej, ponieważ ustrój związałby ją natychmiast posiadaną w nadmiarze od czasu poprzedniej choroby antytoksyną.

2. Szczepienia ochronne.

Są obecnie w użyciu dwojakie metody szczepień ochronnych: jedne mają na celu wywołanie odporności czynnej, drugie biernej.

Odporność czynną otrzymujemy za pomocą szczepionki Gabryczewskiego. Według obecnego sposobu przyrządzania szczepionki jest ona kombinacją toksyny z wakcyną; mianowicie, jest to przesącz hodowli bulionowej paciorkowców szkarlatyny, poddany działaniu formaliny, do którego dodano zabite paciorkowce szkarlatyny w stężeniu 500 milionów na 1 cm^3. Wstrzykuje się 1 cm^3, u dzieci 0,5 cm^3 podskórnie, najlepiej na zewnętrznej stronie lewego ramienia.

W odstępach 10—14 dni należy zastrzyk 1—2 razy powtórzyć.

Do uodpornienia czynnego służyć może także szczepionka Scharlachtoxin-Aluminium-Adsorbat-Impfstoff Scarlatox, wytwarzany przez Zakłady Surowic Asid. Tutaj wchodzi w rachubę toksyna oczyszczona przez rozszczepianie białka. Związanie z wodorotlenkiem glinu sprawia, że toksyna resorbuje się powoli. Szczepionkę stosuje się w 2-ch do 3-ch zastrzykach po 1 cm^3 co 14 dni, naprzód słabszą Nr. 1, potem silniejszą Nr. 2, ewentualnie jeszcze silniejszą Nr. 3. Przy tym szczepieniu nie ma zabitych zarazków, lecz tylko osłabiona toksyna.

Na zapytanie, która z tych szczepionek jest lepsza i godna polecenia, prof. Erwin Thomas, naczelny lekarz szpitala dla dzieci w Duisburgu, nie umie dać ostatecznej odpowiedzi. Praktyka nie dała jeszcze wyraźnej wskazówki. Żeby stwierdzić wynik szczepienia, można korzystać z odczynu małżonków Dicków, który oddaje wielkie usługi, istnieje bowiem wyraźna równoległość między wynikiem tego odczynu a rzeczywistą odpornością na szkarlatynę lub jej brakiem. Thomas sądzi, że przy masowych szczepieniach nie należy szczepić wszystkich bez wyboru, lecz tylko tych, u których odczyn Dicków wypadł dodatnio.

Uodpornienie bierne osiągamy za pomocą surowicy ozdrowieńców według metody Degkwitza. Dawką ochronną dla dziecka 6—8 letniego jest 9—10 cm³. Odporność tą drogą nabyta przemija po upływie 2—3 tygodni. Te szczepienia stosuje się w bezpośrednim otoczeniu chorego u niewielkiej liczby dzieci, które trzeba szybko uodpornić, w takich razach bowiem nie można stosować odpornienia czynnego, które w pierwszej swojej fazie w razie infekcji mogłoby dać ciężki przebieg choroby (Schultz).

Ponieważ lepiej jest unikać wstrzykiwania surowicy krwi obcego gatunku, Schalk proponuje Homoseran (Asid), który się wytwarza z ludzkich łożysk. Podobnie jak surowica uzdrowieńców, działa również surowica osób starszych, powyżej 40 lat, które posiadają znaczny stopień odporności na szkarlatynę.

Ale dla masowych szczepień ochronnych uodparnianie bierne się nie nadaje, właściwsze jest tutaj uodpornianie czynne szczepionkami.

Niektórzy autorowie w czasie panującej epidemii stosują równocześnie uodpornianie bierne i czynne. W związku z tym Zakłady wyrobu surowic Asid zaczęły wypuszczać w jednym opakowaniu toksynę do uodporniania czynnego i Homoseran do równoczesnego uodporniania biernego.

Ale jest rzeczą charakterystyczną, że wyniki prac klinicznych o szkarlatynie zazwyczaj są dość oddalone od 100 %, tak, że trzeba czekać na dalsze badania, które byłyby oparte na wielkim materiale statystycznym. Na razie znane są tylko również sceptyczne głosy, oparte na mniejszym materiale.

W ten sposób Vocke podaje, że nie miał zbyt dobrych wyników ze szczepionką Gabryczewskiego w domu dla młodzieży, w którym stale było około 160 pensjonarzy. W ciągu 18 miesięcy obserwowano w nim wielką liczbę przypadków szkarlatyny, jakkolwiek dzieci były szczepione. Później zaszczepiono jeszcze 150 dzieci szczepionką Adsorbat z Zakładów Behringa, ale i tym razem wynik był zniechęcający, zachorowało bowiem mniej więcej tyle szczepionych dzieci, ile ich mogło w ogóle zachorować według innych zebranych danych. Także Hofer z kliniki dziecięcej w Grazu podaje, że pewna liczba dzieci szczepionych szczepionką Gabryczewskiego zapadła jednak na szkarlatynę i zmarła. Jedno dziecko zaszczepione i wypuszczone do domu ze słabym odczynem poszczepiennym zakaziło matkę, która zachorowała na szkarlatynę.

3. Terapia.

Już na początku bieżącego stulecia Weissbecker próbował leczyć choroby zakaźne, w tej liczbie i szkarlatynę, surowicą ozdrowieńców. Reiss i Jungmann w klinice Leydena w Berlinie w r. 1912 leczyli 12 przypadków ciężkiej szkarlatyny surowicą ozdrowieńców dożylnie, przy czym otrzymali w 10-ciu znakomite wyniki: senność i bredzenie szybko ustępowały, temperatura spadała.

Eksperymentalne badania na wielką skalę przeprowadził Schultz. Porównywał on działanie su-

rowicy krwi normalnego człowieka, surowicy ozdrowieńców oraz mieszaniny obu surowic, które wprowadzał chorym zawsze dożylnie. Poprawę widział w przeszło połowie przypadków (w 64 %), które otrzymały surowicę ozdrowieńców. Ale 103 przypadki, które otrzymały surowicę krwi zwykłego człowieka, nie wiele się różniły od 67 przypadków, które otrzymały surowicę krwi ozdrowieńców, poprawa bowiem w pierwszej grupie wystąpiła również i to w 56 %.

Niezależnie od dobrych wyników, występowały jednak niekiedy objawy ogólne: wstrząsające dreszcze, zapad, wymioty, mimowolne oddawanie stolca i moczu, przerwy oddechu. Jeśli organizm przezwyciężył te objawy, to dalsza poprawa następowała szybko, ale czasem objawy nie przemijały, a w poszczególnych przypadkach dawały nawet ostateczne pogorszenie i sprowadzały śmierć.

Najlepiej stosować surowicę ozdrowieńców, ale ponieważ nie zawsze ma się możność jej otrzymania, również można stosować surowicę osób dorosłych, które przekroczyły czterdziestkę.

Według Schultza należy brać krew przez wenesekcję jałowo do wysokich wyjałowionych cylindrów i na drugi dzień zbierać z niej, zawsze jałowo, surowicę za pomocą pipetki. Taką surowicę można stosować bez żadnego dodatku, ale ponieważ wstrzyknąć dożylnie trzeba 40—60 cm³, wskazane jest spróbować wprzód 3—5 cm³. Jeśli mają wystąpić objawy uboczne, zauważyć je będzie można już po upływie pół godziny do trzech kwadransów. Jeśli wystąpią trzeba w ogóle zaniechać wstrzykiwania.

Największą korzyść z takiego zabiegu zauważyć można, jeżeli zabieg był zastosowany możliwie wcześnie. Po czwartym dniu choroby nie warto go już robić.

W przypadkach groźnych Fiala stosował transfuzję odwłóknionej krwi ludzkiej (odpowiedniej grupy), próbując najprzód 3—5 cm³. Jeśli nic nie zapowiadało niebezpiecznych objawów, przelewał krew dalej w ilościach średnich, nawet dużych. Wyniki miał dobre.

Podobne wyniki daje stosowanie surowicy zwierzęcej przeciwszkarlatynowej.

Surowicy słabszej (Zakłady Behringa) dorośli otrzymują 50 cm³, dzieci 25, silniejszej połowę. Ale według Thomasa surowica słabsza daje lepsze wyniki. Wstrzykuje się tylko domięśniowo, gdyż — jak wiadomo — obcogatunkowej surowicy nie można wprowadzać dożylnie. Próbny zastrzyk jest wskazany, ale nie zawsze zabezpiecza on od późniejszych przykrych objawów. Surowicę przeciwszkarlatynową

„Asid“ wstrzykuje się mniej więcej w ilości o połowę mniejszej.

Główne działanie tych wszystkich surowic polega na odtruwaniu ciężkich objawów toksycznych na początku okresu wysypania, gdy chory majaczy, jest zamroczony, ma wysoką gorączkę, sinicę. Dlatego surowicę należy stosować wcześnie i tylko u chorych, u których wystąpiły ciężkie objawy toksyczne. Po upływie 4 dni surowica chybiłaby już celu.

Co do wpływu wczesnych zastrzyków surowicy na częstość i natężenie dalszych septycznych powikłań, zdania autorów są podzielone. Gdy jedni nie widzieli żadnego wpływu, inni widzieli wpływ korzystny. Żeby to zagadnienie rozstrzygnąć, potrzebne są liczniejsze, niż dotąd, obserwacje. Jeżeli wpływ wcześnie wstrzykniętej surowicy na występowanie powikłań nie jest pewny, to jednak nic nie stoi na przeszkodzie, żeby ją stosować przy septycznych powikłaniach, które już wystąpiły. Wydaje się jednak, że krew i surowica ludzka a nie zwierzęca działałyby tutaj lepiej. Thomas sądzi, że należałoby wypróbować także wyciąg z łożyska (Biehler) oraz krew retroplacentarną (Homoseran), które wykluczają późniejsze objawy anafilaktyczne. W ciężkich powikłaniach septycznych nawet w dalszym przebiegu Thomas widział bardzo dobre wyniki po domięśniowym zastosowaniu krwi matki lub ojca w ilości do 50 cm³. Niekiedy wystarczało nawet tylko 10—20 cm³ w jednym zastrzyku.

KASA WZAJEMNEJ POMOCY LEKARZY
przy Izbie Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie

zawiadamia o śmierci członków:

Dra Sierosławskiego Władysława (Lp. 324)
Dra Wróblewskiego Wincentego sen. (Lp. 325)

Opłaty bieżące winni członkowie Kasy uiścić do 15 listopada 1942 w dotychczasowej wysokości.

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Regierung des Generalgouvernements
Hauptabteilung Innere Verwaltung
Abteilung Gesundheitswesen

Krakau, den 17. August 1942

BEKANNTMACHUNG

Der ständige Stellvertreter des Leiters der Gesundheitskammer im Generalgouvernement führt die Amtsbezeichnung:

Geschäftsführender Leiter der Gesundheitskammer im Generalgouvernement.

gez.: **Dr. Walbaum**

Regierung des Generalgouvernements
Hauptabteilung Innere Verwaltung
Abteilung Gesundheitswesen

Krakau, den 17. August 1942

BEKANNTMACHUNG

Zu Leitern der Fachgruppe „Ärztekammer in der Gesundheitskammer“ für das Generalgouvernement ernenne ich:

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Rząd Generalnego Gubernatorstwa
Główny Wydział Spraw Wewnętrznych
Wydział Spraw Zdrowotnych.

Kraków, dnia 17 sierpnia 1942

OBWIESZCZENIE

Stały zastępca Kierownika Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie używa tytułu:

Sprawujący czynności Kierownika Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie.

Podp.: **Dr. Walbaum**

Rząd Generalnego Gubernatorstwa
Główny Wydział Spraw Wewnętrznych
Wydział Spraw Zdrowotnych.

Kraków, dnia 17 sierpnia 1942

OBWIESZCZENIE

Kierownikami grupy zawodowej „Izba Lekarska w Izbie Zdrowia“ dla Generalnego Gubernatorstwa mianuję:

für den Bereich der Gesundheitskammer im Generalgouvernement, den stellvertretenden Leiter der Gesundheitskammer im Generalgouvernement,

Herrn Dr. Seyffert,

und

für den Bereich der Distrikts-Gesundheitskammer Warschau, den geschäftsführenden Leiter der Distriktsgesundheitskammer Warschau,

Herrn Dr. Herbeck.

gez.: Dr. Walbaum

dla zakresu Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie zastępcę Kierownika Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie,

p. Dra Seyfferta,

i

dla zakresu Okręgowej Izby Zdrowia w Warszawie sprawującego czynności Kierownika Okręgowej Izby Zdrowia w Warszawie,

p. Dra Herbecka.

Podp.: Dr. Walbaum

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY
w Krakowie
na dzień 1. XI. 1942

Lekarze ogólni:

Lek. Kamieński Roman, Grzegórzecka 39
Lek. Kapeluś Wasyl, Mazowiecka 28 a
Lek. Kędracki Antoni, Topolowa 35
Lek. Kirchmayer Stanisław, Podwale 2
Dr. Kierzyńska Rozalia, Potockiego 2
Lek. Klimaszewska Augustyna, Krowoderska 46
Dr. Kłeczek Stanisław, Litewska 6
Dr. Kłosowski Stanisław, Bracka 11
Dr. Kostecki Jan, Floriańska 15

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Tarczałowicz Władysław, Pl. Dominikański 2
Dr. Woliczko Kazimierz, Starowiślna 49
Dr. Wyrobek Emil, Zwierzyniecka 15

Lekarze chorób dziecięcych:

Dr. Gradzińska Michalina, Starowiślna 20
Dr. Jaskulska Justyna, Mogilska 16

Chirurdzy:

Dr. Trella Julian, Orzeszkowej 9
Dr. Wilimowski Maksymilian, Kremerowska 12

Dermatolog:

Lek. Wróblewska Stanisława, Kremerowska 8

Neurolog:

Dr. Żabianka Maria, Dietla 1

Lekarze dentyści:

Lek. Kozakowa Olga, Dietla 105
Lek. Brodkiewiczowa Zofia, Wielopole 6
Lek. Małyszczyk Jadwiga, Kasprowicza 15
Lek. Stankiewicz Witold, Pierackiego 25

Uprawniony technik dentystyczny:

Mühlradówna Gabriela, Zamojskiego 5

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY
w Krakowie
na dzień 8 listopada 1942.

Lekarze ogólni:

Lek. Koterla Bogusław, Garbarska 7 a
Dr. Kowalski Marian, Pędzichów 13
Dr. Kowarzyk Zofia, Brodowicza 14
Lek. Kranc Krystyna, Czarneckiego 4
Dr. Kropaczek Wilhelm, Kochanowskiego 16
Lek. Krzyżanowski Marian, Morsztynowska 1
Dr. Kulig Zygmunt, Pierackiego 5
Dr. Kunyk Mirosław, Pl. Dominikański 1

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Zawadzki Witold, Potockiego 3
Dr. Zigmung Jan, Bernardyńska 11
Dr. Baranowska Zofia, T. Kościuszki 52 a

Lekarze chorób dziecięcych:

Lek. Kapłańska Jadwiga, Krowoderska 37
Dr. Kołodyńska Zdzisława, Ujejskiego 9

Chirurdzy:

Dr. Zborczyński Franciszek, Straszewskiego 1
Lek. Żurek Zygfryd, Ariańska 3

Dermatolog:

Dr. Zabokrzycki Tadeusz, Radziwiłłowska 21

Neurolog:

Dr. Brzezicki Eugeniusz, Biskupia 7

Lekarze dentyści:

Dr. Michalski Wiktor, Barska 7
Lek. Cyrkowicz Janina, Garbarska 16
Lek. Dominik Kazimierz, Zyblikiewicza 5
Lek. Moncewicz Natalia, Potockiego 1

Uprawniony technik dentystyczny:

Wójtowicz Franciszek, Mogilska 11

Druk: Z. K. W. Kraków, Universitätsstraße 19a